

사회보장국 중요 정보



이 표지 서신은 안내만을 목적으로 합니다.
다음 페이지들을 작성하지 마십시오.
이것은 신청서가 아닙니다.

사회보장국의 기록에 의하면 귀하가 처방약품 구입에 대한 추가 지원의 수혜 적격자가 될 수도 있음을 알려 드립니다.

새로운 메디케어 처방약품(Medicare Prescription Drug) 프로그램이 곧 실시될 것입니다. 이 새로운 프로그램으로 귀하는 다양한 범위로 적용되는 처방약품 플랜들을 선택할 수 있을 것입니다.

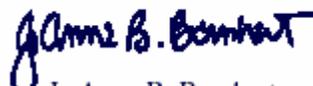
귀하는 새로운 메디케어 처방약품 프로그램과 관련된 연간 세금 공제, 보험료 및 본인 부담금을 지불하는데 평균 \$2,100의 추가 지원을 받을 수도 있을 것입니다.

그러나 저희가 귀하께 도움을 드릴 수 있도록 하려면, 오늘 바로 신청서를 작성한 후 동봉된 봉투에 넣어 우편으로 보내주셔야 합니다. 아니면 www.socialsecurity.gov에 방문하셔서 2005년 7월 1일부터 시작되는 온라인 신청서를 작성할 수도 있습니다. 저희는 귀하의 신청서를 검토한 후 추가지원 수혜 적격 여부를 알려드리는 편지를 보내드릴 것입니다. 또한 메디케어 처방약품 프로그램에 대한 정보도 보내드리며 다음 단계로 무엇을 해야 하는지도 알려드릴 것입니다.

신청서를 작성하는데 도움이 필요하시면, **1-800-772-1213**(청각장애인은 **1-800-325-0778**)번을 이용하여 사회보장국으로 전화해 주십시오. www.socialsecurity.gov로 방문하면 더욱 자세한 정보를 얻을 수 있습니다.

새로운 메디케어 처방약품 프로그램에 대한 정보가 필요하시면, **1-800-MEDICARE** (청각장애인은 **1-877-486-2048**)번으로 전화하시거나 www.medicare.gov로 방문해주십시오.

오늘 바로 신청서를 보내주시면 귀하의 추가지원 수혜 적격 여부를 보다 신속하게 알려드릴 수 있습니다.


Jo Anne B. Barnhart
Commissioner

메디케어 처방약품 플랜 비용 지원 신청서 작성을 위한 일반 지시사항



약품구입비에 대한 추가지원을 제공하기 위한

한국어를 사용하는 신청자를 위한 주의사항:

저희는 신청서를 가능한 신속하고 효과적으로 처리하고자 컴퓨터로 읽을 수 있는 신청 양식을 사용하고 있습니다. 안타깝게도 저희 컴퓨터가 한국어를 읽지 못하기 때문에 귀하께서는 영어 또는 스페인어로 된 신청서를 작성하셔야 합니다.

이 양식은 귀하께 신청서 작성에 도움을 주고자 한국어로 번역되었습니다. 하지만 귀하께서는 영어 또는 스페인어 신청서의 각 질문에 답을 기입하셔야 합니다. 다 작성하신 신청서에 서명하는 것을 잊지 마십시오.

이 지시서는 신청서가 아닙니다.

귀하(또는 귀하가 신청을 도와 주고 있는 사람)는 메디케어와 생활 보조금(SSI) 또는 메디케어와 메디케이드 혜택을 받고 있거나 메디케어 보험료를 귀하께서 사시는 주에서 납부하고 있습니까?

위의 질문에 대한 대답이 예라면, 추가지원을 자동적으로 받게 될 것이므로 이 신청서를 작성할 필요가 없습니다. 추가지원을 받는 방법에 대한 또 다른 편지를 받게 될 것입니다. 그런데, 위의 질문에 대한 대답이 아니오이거나 잘 모르겠습니다인 경우, 신청서를 작성해 주십시오. 신청서를 작성하기 전에 다음의 지시내용과 안내사항을 잘 읽어 주십시오. 별도로 지시된 사항이 없는 한 모든 질문에 답해 주시기 바랍니다.

이 신청서 작성 요령

- 검정색 펜이나 2B 연필 사용
- 네모 칸 안에 숫자, 문자 및 X표로 표시
- 금액을 기재할 때는 달러 기호를 사용하지 말 것.
달러 기호는 이미 인쇄되어 있음. 그리고,
- 센트는 사사오입하여 달러의 근사치로 표시

★ 예

해당 칸에 X 표를 하십시오. 칸 안에 체크 표시를 넣거나 사용하지 마십시오.

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
올바름	잘못됨

귀하가 신청서 작성을 대리하는 경우

원래 신청자가 신청서를 작성하는 것처럼 질문에 답하십시오. 귀하는 원래 신청자의 사회보장 번호와 재정 정보를 알고 있어야 합니다. 또한, 6 페이지에 있는 섹션 B도 작성하시기 바랍니다.

신청서 작성

www.socialsecurity.gov에서 온라인 신청서를 작성하거나, 작성 완료하고 서명한 신청서를 동봉된 반송용 봉투에 넣어 다음 주소로 보낼 수도 있습니다:

**Social Security Administration
Wilkes-Barre Data Operations Center
P.O. Box 1020
Wilkes-Barre, PA 18767-9910**

동봉된 봉투에 들어 있는 패키지를 모두 보내주십시오. 첨부 자료는 넣지 마시기 바랍니다. 만약 금융기관 명세서 같은 더 자세한 정보가 필요한 경우, 귀하께 연락할 것입니다.

의문사항이 있거나 이 신청서 작성에 도움이 필요하신 경우

무료전화인 1-800-772-1213번으로 전화하실 수 있으며, 청각장애를 가지신 분은 TTY 번호인 1-800-325-0778번으로 전화하실 수 있습니다.



작성하지 마십시오. 이것은 신청서가 아닙니다.

4. 귀하나 귀하의 배우자(결혼했고 함께 사는 경우), 또는 두 분 모두가 소유하고 있는 은행 계좌 잔액, 투자 및 현금액수를 아래 네모 칸에 기재해 주십시오. 다른 사람과 공동명의로 소유하고 있는 항목도 포함시키십시오. (계좌 번호는 기재하지 말고 금액만 표시하십시오). 만약 귀하와 귀하의 배우자(결혼했고 함께 사는 경우)가 열거된 항목 중 별도로 또는 공동으로 소유하는 항목이 없을 경우, **없음**에 해당하는 네모 칸에 표시 하십시오.

• 은행 계좌 잔고(당좌예금, 저축예금 및 예금증서)	<input type="checkbox"/> 없음	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• 주식, 채권, 저축 채권, 상호 신용기금, 개인 퇴직금 예금 및 그 외 유사 투자물	<input type="checkbox"/> 없음	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• 집이나 특정 장소에 보관한 현금	<input type="checkbox"/> 없음	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>

5. 귀하 (또는 귀하의 배우자, 결혼했고 함께 사는 경우)는 액면가로 총 \$1,500 이상에 상당하는 생명 보험증권을 소유하고 있습니까? 귀하가 배우자와 함께 산다면 귀하와 배우자 모두 이 질문에 답하십시오. 귀하와 귀하의 배우자의 대답이 모두 **아니오**에 해당된다면 6번 질문으로 가십시오.

귀하: 예 **아니오**

배우자 (함께 사는 경우): 예 **아니오**

만약 귀하나 귀하의 배우자의 대답 중 하나가 **예**에 해당되는 경우, 생명 보험 증권을 지금 현금으로 바꾼다면 얼마를 받을 수 있습니까? (이것은 증권의 액면가를 말하는 것이 아닙니다. 이 질문에 답하기 위해 도움이 필요하다면 보험회사에 전화해 보시기 바랍니다.) 그 금액을 기재하십시오.

\$, .

6. 4번 또는 5번 질문내용에 명시된 재산을 통한 돈을 귀하 자신(또는 귀하의 배우자, 결혼했고 함께 사는 경우)을 위한 장례식과 매장 비용으로 사용할 것입니까?

귀하: 예 **아니오**

배우자 (함께 사는 경우): 예 **아니오**

7. 귀하(또는 귀하의 배우자, 결혼했고 함께 사는 경우)는 귀하의 집과 집이 위치하고 있는 토지를 제외하고 소유하고 있는 다른 부동산이 있습니까?

예 **아니오**



작성하지 마십시오. 이것은 신청서가 아닙니다.

8. 귀하의 생활 여건이 귀하가 받을 수 있는 지원 금액에 영향을 미칠 수 있습니다. 그러므로 저희는, 귀하(또는 귀하의 배우자, 결혼했고 함께 사는 경우)가 함께 살고 있는 피부양 가족 및 친척에게 그들이 필요로 하는 재정의 적어도 1/2을 지원 제공할 경우, 그 가족 및 친척의 수를 알아야 합니다. 가족 및 친척에는 혈연, 결혼 및 입양에 관련된 모든 사람들이 포함될 수 있습니다.

귀하 또는 귀하의 배우자와 함께 살고 있으며 필요한 재정의 최소 1/2을 지원 받아야 하는 피부양 가족 및 친척은 몇 명입니까? 귀하 자신과 귀하의 배우자는 이 숫자에 포함시키지 마십시오. (한 개의 네모 칸에만 표시 하십시오.)

<input type="checkbox"/>									
없음	1	2	3	4	5	6	7	8	9 이상

9. 만약 귀하(또는 귀하의 배우자, 결혼했고 함께 사는 경우)가 아래에 열거된 수입원으로부터의 소득이 있다면, 총 월 소득액을 기재하십시오. 만약 금액이 매월 변하는 경우, 지난 해의 평균 월 소득액을 각 유형별로 해당하는 네모 칸에 기재하십시오. 급여, 자영업 소득, 이자소득, 공공지원, 의료 배상금, 입양자녀 양육 지급액 등은 여기에 기입하지 마십시오. 만약 귀하나 귀하의 배우자가 아래 열거된 수입원으로부터의 소득이 없다면, **없음**에 해당하는 네모 칸에 표시 하십시오.

• 사회보장 연금	사회보장국 기록에 있는 금액을 사용할 것입니다.	
• 철도 퇴직 연금	<input type="checkbox"/> 없음	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• 제대 군인 연금	<input type="checkbox"/> 없음	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• 그 외 연금(4번 질문의 답변에 포함시켰던 항목에서 받는 돈은 포함시키지 마십시오.)	<input type="checkbox"/> 없음	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• 이혼(별거) 수당, 순 임대 소득, 노동자 재해 보상금 등을 포함하여 위에 열거되지 않은 그 외 소득(구체적으로 명시): _____	<input type="checkbox"/> 없음	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>

10. 9 번 질문에 포함된 금액 중 지난 2 년 동안 감소된 것이 있습니까?

예 아니오

11. 귀하(또는 귀하의 배우자, 결혼했고 함께 사는 경우)가 음식, 주택 용자금, 주택 임대료, 난방 및 가스 요금, 전기요금, 수도요금, 재산세 등의 생활비를 지불하는데 도움을 주는 사람이 있습니까? (푸드 스탬프, 주택 수리비, 주택 기관의 지원, 에너지 보조 프로그램, 노인 및 장애인을 위한 급식 배달 서비스(Meals on Wheels), 의료 치료 및 약품 보조 등은 포함시키지 마십시오.)

예 아니오

이 질문에 대한 답변으로 예에 해당하는 네모 칸에 표시 하였다면, 월 지급 금액을 기재하십시오. 그 금액이 매월 변하는 경우, 지난 해의 월 평균 지급 금액을 기재 하십시오.

\$, .



작성하지 마십시오. 이것은 신청서가 아닙니다.

- 귀하가 미혼이거나, 이혼했거나, 별거 중이거나 또는 사별한 상태이며 지난 2년 동안 일을 한 적이 없다면 12번-16번 질문은 생략하고 6페이지로 가십시오.
- 귀하가 결혼을 했고 배우자와 함께 살고 있으며, 귀하 또는 귀하의 배우자 모두 지난 2년 동안 일을 한 적이 없다면 12번-16번 질문은 생략하고 6페이지로 가십시오.

12. 세금을 제외하기 전 올해 소득은 얼마로 예상되니까?

귀하: 없음 \$, .

배우자 (함께 사는 경우): 없음 \$, .

13. 귀하가 자영업자인 경우, 올해 예상하고 있는 순 수익은 얼마입니까?

귀하: 없음 \$, .

배우자 (함께 사는 경우): 없음 \$, .

귀하 또는 귀하의 배우자가 순손실을 예상한다면 여기에 표를 하십시오.

귀하: 배우자 (함께 사는 경우):

14. 12번 또는 13번 질문에서 귀하가 포함시킨 금액은 지난 2년 동안 감소했습니까?

예 아니오

15. 귀하(또는 귀하의 배우자, 결혼했고 함께 사는 경우)가 최근 일을 그만 두었거나 앞으로 그만 둘 계획이라면, 그 연도와 월을 기재하십시오.

★예

1월부터 9월까지, 첫 칸에 0을 넣으십시오. 2006년 5월은 이렇게 되어야 합니다:

| - | |

MM AA AA

귀하: | |

월 연도

배우자: | |

월 연도

(함께 사는 경우)

- 귀하가 미혼이거나, 이혼했거나, 별거 중이거나 또는 사별했으며 65세 이상이라면 16번 질문을 생략하고 6페이지로 가십시오.
- 귀하가 결혼했고 배우자와 함께 살고 있으며 귀하와 귀하의 배우자 모두 65세 이상이라면, 16번 질문을 생략하고 6페이지로 가십시오.

16. 귀하(또는 귀하의 배우자, 결혼하였고 함께 사는 경우)는 귀하가 일을 할 수 있게 하는 것들에 대하여 지불하여야 합니까? 귀하가 일을 하고 있고 신체장애 및 시각장애에 근거한 사회보장 연금을 받고 있으며 상환 받지 못하는 근로 관련 비용을 가지고 있다면 저희는 소득 한도액에 대하여 귀하의 임금을 일부로서만 고려할 것입니다. 근로 관련 비용에는 다음과 같은 항목이 포함됩니다: 에이즈, 암, 우울증, 간질병에 대한 치료비와 약값, 휠체어, 개인 간호인 서비스, 차량 개조와 운전보조 및 그 외 특수한 근로 관련 교통 수단에 필요한 비용, 근로 관련 보조 기술, 맹인 안내견 비용, 감각 및 시각 보조기구, 점자 번역 등.

귀하: 예 아니오 배우자 (함께 사는 경우): 예 아니오



작성하지 마십시오. 이것은 신청서가 아닙니다.

서명

나/우리는 이 신청서를 제출하는 것이, 위증 처벌법에 따라 이 신청서의 모든 내용을 검토하였고 기재한 내용이 모두 사실이며 틀림이 없다는 사실을 선언하는 것임을 이해합니다. 나/우리는 누구라도 이 정보의 구체적 사실에 대하여 고의로 거짓이나 현혹하는 진술을 하거나, 다른 사람으로 하여금 그렇게 하도록 하는 것은 범죄이며 그로 인해 수감되거나 그 밖에 다른 처벌을 받을 수도 있고 또는 두 가지를 다 감수해야 할 수도 있다는 것을 이해합니다. 나/우리는 사회보장국(SSA)이 올바른 수혜 자격여부 판정을 내리기 위해 나/우리의 신청서를 검토하여 그 기록을 국세청(Internal Revenue Service)을 포함한 연방, 주, 지역 정부기관의 기록과 비교 검토할 것임을 이해합니다. 나/우리가 이 신청서를 제출하는 것은 개인정보 보호법에 따라 SSA에 나/우리의 국내외 소득, 재산 및 자산과 관련된 정보를 입수하고 공개할 수 있는 권한을 부여하는 것입니다. 이 정보에는 나/우리의 급여, 은행 잔고, 투자, 보험 증권, 수당 및 연금 등에 대한 정보가 포함되어 있으며 SSA는 이를 무제한적으로 사용할 수 있습니다. **섹션 A를 작성해 주십시오.** 본인이 서명할 수 없는 경우에는 대리인이 대신 서명할 수도 있습니다. 대리인이 귀하를 도와주는 경우에는 **섹션 B**도 작성해야 합니다.

섹션 A

귀하의 서명:	귀하의 배우자의 서명:	전화 번호: () -
자택 주소의 거리명과 번지:		아파트 호수: #:
도시:	주:	우편 번호:
우편물 배달지의 거리명과 번지 (자택 주소와 다른 경우):		아파트 호수: #:
도시:	주:	우편 번호:

최근 주소가 변경되었다면, 여기에 표하십시오:

귀하께 추가 질문을 해야 할 경우 본인이 아닌 누군가에게 연락해 주기를 원한다면, 그 사람의 성명과 낮 시간 동안 받을 수 있는 전화 번호를 알려 주십시오.

인쇄체 이름:	인쇄체 성:	전화 번호: () -
---------	--------	-----------------

섹션 B

귀하가 누군가를 대신하여 신청서를 작성하고 있다면 귀하가 누구인지 해당되는 네모 칸에 표하고 낮 시간 동안 받을 수 있는 전화번호와 주소를 알려 주십시오.

<input type="checkbox"/> 가족	<input type="checkbox"/> 변호사	<input type="checkbox"/> 그 외 법정 대변인	<input type="checkbox"/> 기타 구체적 명시: _____
<input type="checkbox"/> 친구 복지사	<input type="checkbox"/> 대행기관	<input type="checkbox"/> 사회	_____

인쇄체 이름:	인쇄체 성:	전화 번호: () -
거리 주소:		아파트 호수: #:
도시:	주:	우편 번호:



작성하지 마십시오. 이것은 신청서가 아닙니다.

개인정보 보호법(Privacy Act) 및 문서업무 축소법(Paperwork Reduction)에 대한 안내

사회보장국은 *사회보장 기본법*의 1860 D-14 섹션에 따라 이 양식에 필요한 정보를 수집할 수 있는 권한을 부여 받았습니다. 귀하가 제공한 정보는 귀하가 메디케어 처방약품 플랜(Medicare Prescription Drug Plan)에 대한 공동 부담액을 지불하는데 지원을 받을 수 있는 지 여부를 사회보장국이 판정하는 데에 사용됩니다. 귀하가 요청된 정보를 제공할 의무는 없습니다. 그러나 귀하가 정보를 제공하지 않으면, 귀하의 신청에 대해 정확하고 시기 적절한 결정을 할 수 없을 것입니다. 저희는 귀하의 추가지원 수혜 적격 여부를 판정하는데 도움을 받을 수 있도록, 또는 연방법에 따라 정보 공개가 요구될 경우, 이 양식에 의해 수집된 정보를 다른 연방, 주, 지역 정부 기관에 제공할 수도 있습니다.

또한 컴퓨터로 기록을 대조할 때도 귀하가 제공한 정보를 사용할 수 있습니다. 대조 프로그램으로 사회보장국의 기록과 연방, 주 또는 지역 정부 기관의 기록을 비교합니다. 연방 정부가 지급하는 연금의 수혜 적격자를 찾아내고 증명하기 위하여 많은 기관에서 이 대조 프로그램을 사용하고 있습니다. 이 법에 따라 사회보장국은 귀하가 동의하지 않더라도 수집된 정보를 사용할 수 있도록 허락 받고 있습니다. 사회보장 사무소에서 이에 대한 설명과 왜 귀하가 제공한 정보가 사용되거나 공개될 수도 있는 지에 대한 기타 이유에 대해 들을 수 있습니다. 이에 대해 더 자세히 알고 싶으시면, 사회보장 사무소에 연락하십시오.

문서업무 축소법에 대한 내용 - 본 정보 수집은 1995년 *문서업무 축소법*의 제2 섹션에 의해 개정된 44 U.S.C. § 3507의 요구사항을 충족시킵니다. 귀하는 저희가 행정 관리 예산국(Office of Management and Budget)의 유효한 제어번호를 제시하지 않는 한 이러한 질문에 대답할 필요가 없습니다. 저희는 귀하가 지시사항을 읽고, 관련사실에 대한 정보를 얻고, 질문에 대답하는데 약 35분 정도 소요될 것으로 추정하고 있습니다. 위에서 언급한 추정 시간에 대해 이견이 있다면 Social Security Administration, 1338 Annex Building, Baltimore, MD 21235-6401의 주소로 귀하의 의견을 보낼 수 있습니다. 이 주소로는 저희의 추정 시간에 관련된 의견만을 보내 주십시오. 작성이 완료된 신청서는 이 주소로 보내지 마십시오.

작성이 완료된 신청서는 동봉된 반신용 봉투에 써 있는 이 주소로 보내십시오:

Social Security Administration
Wilkes-Barre Data Operations Center
P.O. Box 1020
Wilkes-Barre, PA 18767-9910